

Les rétrécissements du rectum d'origine gynécologique

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

le 1^{er} décembre 1947

par

PIERRE VILLA

Externe des Hôpitaux

Diplômé de Médecine Industrielle et du Travail

Diplômé d'Hygiène

Diplômé de Médecine coloniale

né le 2 Avril 1922 à Fabrègues (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. AIMES, professeur, <i>Président</i> .	} <i>Assesseurs</i>
		CADERAS DE KERLEAU, Profes.	
		JOYEUX, Agrégé.	
		COURTY, ch. d'agrégation.	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA CHARITÉ
(Pierre-Rouge)

1948

VILLA (Pierre)

rétrécissements du rectum d'origine gynécologique. — *Montpellier, Impr. de la Charité*, 1948, 51 p.

(Thèse Méd., Montpellier, 1948, n° 10)

VILLA (Pierre)

Les rétrécissements du rectum d'origine gynécologique. — *Montpellier, Impr. de la Charité*, 1948, 51 p.

(Thèse Méd., Montpellier, 1948, n° 10)

VILLA (Pierre)

rétrécissements du rectum d'origine gynécologique. — *Montpellier, Impr. de la Charité*, 1948, 51 p.

(Thèse Méd., Montpellier, 1948, n° 10)

VILLA (Pierre)

Les rétrécissements du rectum d'origine gynécologique. — *Montpellier, Impr. de la Charité*, 1948, 51 p.

(Thèse Méd., Montpellier, 1948, n° 10)

D'ORIGINE GYNÉCOLOGIQUE

Les rétrécissements du rectum d'origine gynécologique

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

le 1^{er} décembre 1947

par

PIERRE VILLA

Externe des Hôpitaux
Diplômé de Médecine Industrielle et du Travail
Diplômé d'Hygiène
Diplômé de Médecine coloniale

né le 2 Avril 1922 à Fabrègues (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. AIMES, professeur, <i>Président</i> .	} <i>Assesseurs</i>
		CADERAS DE KERIEAU, Profes.	
		JOYEUX, Agrégé.	
		COURTY, ch. d'agrégation.	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA CHARITÉ
(Pierre-Rouge)
1948

PERSONNEL DE LA FACULTE

PROFESSEURS

Chaires :

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI, <i>assesseur.</i>
Physiologie	HÉDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL.
Microbiologie	CARRÈRE.
Histoire naturelle médicale et parasitologie	HARANT.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGÈS.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	N...
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Technique opératoire et chirurgie expérimentale	ROUX.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	PUECH.
Pathologie et propédeutique chirurgicales	MOURGUE-MOLINES.
Clinique médicale	GIRAUD <i>doyen.</i>
— — — — —	BOULET.
Clinique chirurgicale	MASSABUAU.
— — — — —	LAPEYRE.
Clinique obstétricale	CADERAS de KERLEAU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIÈRE, <i>doyen hon.</i>
Clinique des malad. des enf. et hygiène du 1 ^{er} âge	N...
Clinique de dermato-syphiligraphie	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	TRUC.
Clinique gynécologique	AIMES
Clinique ophtalmologique	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale	TERRACOL.
Électro-Radiologie	LAMARQUE.

Chargés de cours :

Anatomie	LAUX.
Histologie	GRANEL.

Professeurs honoraires

MM. BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE,
VIREs, VILLARD, GRYNFELTT, RICHE, JEANBRAU.

CHARGÉS D'ENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

MM.		MM.
Chimie	BÉNÉZECH, <i>ch. f. agr.</i>	Clin. des m. contag... JANBON, <i>professeur.</i>
Physiologie	LOUBATIÈRES, <i>agr.</i>	Clin. de la tuberc. ... VIDAL, <i>professeur.</i>
Pharmacologie	HARANT, <i>profess</i>	Pathologie chirur. ... TRUC, <i>agréé.</i>
Pharmacol. et théor.	CHAPTAL, <i>agréé.</i>	— — — — — LAPEYRIE, <i>agréé.</i>
Médecine expérim.	BERT, <i>agréé.</i>	— — — — — JOYEUX, <i>agréé.</i>
Pathologie médicale.	BOUCOMONT, <i>agréé.</i>	Chirurgie expérim. ... COURT, <i>ch. f. agr.</i>
— — — — —	BERT, <i>agréé.</i>	Obstétrique
— — — — —	SERRE, <i>agréé.</i>	CADERAS
Path. neurologique ..	LAFON, <i>agréé.</i>	de KERLEAU, <i>agr.</i>
— respiratoire ..	BALMÈS, <i>agréé.</i>	Mancœuv. obstétric. . COLI, de CARRERA,
Propédeutique méd.	P. RIMBAUD, <i>agr.</i>	agréé <i>libre.</i>
		Stomatologie

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.
Médecine	P. RIMBAUD.	Neuro-psychiatrie ..
— — — — —	BOUCOMONT.	Physiologie
— — — — —	BERT.	Chimie
— — — — —	SERRE.	Chirurgie
— — — — —	CHAPTAL.	— — — — —
— — — — —	BALMÈS.	— — — — —
		Neuro-psychiatrie ..
		Physiologie
		Chimie
		Chirurgie
		— — — — —
		— — — — —



A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON PARRAIN ET DE MA MARRAINE

A MES PARENTS

*Modeste témoignage de mon amour
filial.*

A MA FIANCÉE

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT ET DE L'EXTERNAT

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AIMES
Professeur de Clinique Gynécologique

A MON JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CADERAS DE KERLEAU
Professeur de Clinique Obstétricale

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOYEUX
Professeur agrégé de Chirurgie

MONSIEUR LE DOCTEUR COURTY
Chargé d'Agrégation de Chirurgie

PRÉFACE

Au terme de mes études médicales, je ne peux que témoigner mon infinie reconnaissance à mes Maîtres Montpelliérains qui n'ont cessé durant ma vie universitaire de me prodiguer leurs conseils et leurs encouragements, et tout particulièrement à mes Maîtres qui ont guidé mes premiers pas cliniques : Monsieur le Professeur AIMES, qui me fait le grand honneur de présider cette thèse, Monsieur le Professeur BOULET, Monsieur le Professeur Pierre RIMBAUD, et aux Maîtres qui ont bien voulu m'accepter comme Externe dans leur service : Monsieur le Professeur MASSABUAU, Monsieur le Professeur MARGAROT, Monsieur le Professeur CADERAS DE KERLEAU, Monsieur le Professeur Louis RIMBAUD, et Monsieur le Professeur JANBON.

Ne jamais oublier les leçons, les conseils et les exemples de ces Maîtres, pendant ma vie tant médicale que familiale, tel est mon but et ma seule ambition au moment d'entreprendre la fréquentation quotidienne des malades.

INTRODUCTION

Les affections gynécologiques sont susceptibles de retentir sur le fonctionnement d'autres appareils souvent fort éloignés de la sphère génitale. Ainsi les annexites sont quelquefois mises en cause dans l'étiologie de l'asthme et en tant qu'épine irritative. Pendant longtemps les affections neurologiques qualifiées actuellement de pithiatisme furent souvent mises sur le compte de l'hystérie, mot bien significatif. C'est peut-être l'appareil digestif qui se ressent le plus des troubles gynécologiques par les phénomènes de compression tumorale, d'adhérences inflammatoires, d'infection péritonéale, etc...

Dans cette étude nous nous efforcerons d'examiner comment les affections gynécologiques sont susceptibles de retentir sur le fonctionnement de l'intestin terminal ; nous envisagerons en particulier les rétrécissements du rectum engendrés par les affections de la sphère génitale chez la femme.

Cette question a été longtemps fort débattue par les divers auteurs qui l'ont abordée.

En 1946, Küss en précise les limites et la met dans son cadre.

HISTORIQUE

Des constatations de cet ordre sont déjà fort anciennes, puisque le premier, DE FORLI (de Padoue), dans la première moitié du XVIII^e siècle, constate sur pièces anatomiques la présence d'adhérences reliant d'une part l'utérus et les annexes, et le côlon et le rectum d'autre part.

En 1852, P. BROCA fait l'autopsie d'un rétrécissement péri-rectal ayant pour origine une exsudation rétro-utérine.

En 1860, ARAN admet le rôle de l'inflammation annexielle sur les adhérences de l'utérus avec les organes du petit bassin.

En 1888, EDWARD, WEST et DUNCAN relatent une observation d'enserrement du rectum après cellulite pelvienne.

En 1893 et 1894, HARTMANN (*Annales de Gynécologie*) et QUÉNU et HARTMANN (Chirurgie du rectum) mettent au point la question des rétrécissements périrectaux chez la femme.

C'est en 1909 que Küss (de Paris) publie sa thèse particulièrement approfondie sur les rétrécissements péri-recto-sigmoïdiens chez la femme.

Plus près de nous, FIOLE J. et FIOLE P. (1914) et JOACHIMOWITZ (1928) font paraître leurs travaux sur les fibroses péri-méto-rectales et les rétrécissements du rectum d'origine génitale.

Küss (Académie de Chirurgie, 1946) précise le cadre et les limites de la question.

DÉFINITION

De nombreuses définitions ont été données par les divers auteurs pour qualifier ces rétrécissements exogènes du rectum, tenant les unes à la pathogénie, les autres à l'étiologie, les autres à la clinique.

Nous adopterons celle de Küss : « C'est la diminution du calibre utile du rectum succédant à une inflammation péri-rectale propagée à la paroi rectale ».

Modifiée ainsi par FERRARI : « C'est la diminution de tous les diamètres de la lumière du rectum due à l'épaississement ou à la sclérose inflammatoire des tissus de la loge rectale avec intégrité des tuniques propres de l'intestin ».

ÉTIOLOGIE

Quelles sont les affections et les lésions génitales susceptibles d'entraîner une diminution du calibre du rectum, et occasionnant de ce fait des troubles revêtant parfois une extrême gravité ?

Envisageons d'abord les *causes prédisposantes* :

En premier lieu *l'âge*. Il va sans dire que c'est surtout la période d'activité génitale (de 20 à 40 ans) qui prédispose à de telles affections. C'est en effet à cette époque que l'on observe le plus souvent des affections génitales de tous ordres. Mais après cette période, la femme n'est pas, du fait de sa ménopause, à l'abri des rétrécissements, car nous verrons que cette affection est due plus particulièrement, et même le plus souvent à des infections traînantes et non aiguës de la sphère génitale.

La notion de *terrain* a été aussi invoquée : y exposeraient les grossesses multiples et les avortements à répétition. Mais en réalité, comme le fait remarquer Küss, ce n'est pas tant l'état puerpéral lui-même qu'il faut mettre en cause, mais les lésions annexielles et périannexielles auxquelles il donne naissance.

Nous devons aussi mentionner les prédispositions du fait des *contaminations vénériennes*, particulièrement la gonococcie, la chancrelle, la maladie de Nicolas et Favre, et la tuberculose.

Enfin, dans quelques cas, rares il est vrai, les *déviation utérines* et surtout la rétroversion sont susceptibles d'être à l'origine d'une inflammation périrectale.

Quelles sont maintenant les *causes favorisantes* aux lésions

périmérectales et partant aux rétrécissements ? Nous les classerons en affections des organes génitaux externes, des organes génitaux internes, péritonéales et post-opératoires.

Affections des organes génitaux externes.

Les bartholinites, surtout les chroniques, sont susceptibles à la longue d'entraîner des inflammations intéressant le rectum dans son terrain anal.

JOACHIMOWITZ signale dans sa publication au *Journal de Chirurgie* (1928) l'origine possible d'un rétrécissement par chancre mou de la région vulvaire.

Le même auteur, fait entrer en cause l'esthiomène de la vulve, cette curieuse affection à abcès chroniques de la région vulvaire, considérée tout d'abord d'origine tuberculeuse et dont la nature donne lieu à l'heure actuelle encore, à de nombreuses controverses.

La tuberculose vulvaire, surtout dans la forme ulcéreuse à nombreuses fistules, est capable de retentir fâcheusement sur la région péri-recto-anale.

Les thrombus infectés de la vulve donnent lieu aux mêmes considérations,

Le cancer primitif de la vulve, par son extension rapide et son invasion du système lymphatique retentit non seulement sur le rectum, mais aussi sur tous les organes du petit bassin. Le cancer secondaire à une leucoplasie vulvaire a un pronostic moins sévère parce que moins infiltrant.

Affections des organes génitaux internes.

La cervicite chronique et le cancer du col (HARTMANN) à la longue, soit par extension de proche en proche, soit par contiguïté, soit par envahissement lymphatique, retentissent à plus ou moins brève échéance sur les organes rétro-utérins.

Avec les affections de l'utérus, des annexes et de l'ovaire, nous abordons les causes les plus importantes des rétrécissements périmérectaux. Nous n'insistons pas sur les complications inflammatoires ou dégénératives des fibromes, fibro-myomes et tu-

meurs diverses de ces organes et jusqu'à l'infection généralisée du chorio-épithéliome qui sont des causes rares, quoique susceptibles d'entrer en ligne de compte pour l'infection qui nous occupe.

Nous signalons pour mémoire le cas de NICLOUX où le rétrécissement était dû à un abcès ovarien. Ce sont surtout les métrites, les salpingites et les salpingo-ovarites primitives qu'elles soient d'origine puerpérale, gonococcique, tuberculeuse ou colibacillaire, que nous trouvons le plus souvent, à l'origine d'un rétrécissement exogène de nature inflammatoire du rectum. Comment ces lésions peuvent-elles aboutir à la sténose rectale ? C'est ce que nous envisagerons en étudiant la pathogénie de cette affection.

Mentionnons enfin la possibilité d'adhérence avec le rectum parfois très minime, dans le cas de simple fibrome utérin, et dans les rétroversions, surtout les rétroflexions.

Affections péritonéales.

C'est surtout par infection secondaire, de cause ovarienne, utérine ou annexielle (gonococcie, tuberculose, post-abortionum) que le rectum, enveloppé de séreuse dans la partie haute, sera atteint par l'inflammation. Ici le processus intéressera aussi la charnière recto-sigmoïdienne.

Signalons dans cet ordre d'idées le cas de DUNCAN et QUÉNU de cellulite pelvienne avec péritonite.

Rétrécissements post-opératoires.

Chirurgie - Obstétrique.

Lors d'un accouchement, la simple déchirure, même minime, du périnée, peut entraîner, après infection des lèvres de la plaie ou des points de suture, une inflammation des organes voisins.

Le cas n'est pas rare dans les applications de forceps, surtout sur des périnées déjà fragilisés par des infections diverses : syphilis, maladie de Nicolas et Favre, etc... Il ne s'ensuit pas nécessairement une diminution du calibre du rectum, mais

l'étiologie est possible de cette manière particulièrement dans les complications par abcès de la cloison recto-vaginale, hématocèle du Douglas infecté et fistules.

Les mêmes considérations ont lieu pour les interventions par voie haute quand l'opérateur a à intervenir sur des organes enflammés, sur des tissus dont la résistance a été amoindrie, sur un péritoine dont la défense a été épuisée.

Après pulvérisations de sulfamides lors de l'intervention, les rétrécissements sont possibles par des adhérences dues à l'irritation locale.

Les mêmes remarques sont applicables au curage et au curetage utérin dans un utérus infecté, par exemple, lors d'un avortement septique.

Radiothérapie.

Que ce soit par application de tubes de radium in-situ ou par irradiation par les rayons de Roentgen sur des ulcérations ou sur des tumeurs néoplasiques des organes génitaux, par des inflammations entraînées à la périphérie de ces lésions par les corps radioactifs et les rayons X, les organes du petit bassin et particulièrement le rectum, peuvent être lésés par le processus infectieux.

De toutes ces considérations étiologiques retenons que les rétrécissements du rectum se rencontrent chez la femme en période d'activité génitale, ou même après la ménopause et qu'avant tout ils sont le résultat d'inflammations simples ou de suppurations métro-salpingo-ovariennes, qu'elles soient aiguës ou chroniques.

Comment ces inflammations sont-elles susceptibles de retentir sur le rectum ? C'est ce que va nous apprendre la pathogénie.

PATHOGÉNIE

La pathogénie des rétrécissements péri-recto-sigmoïdiens chez la femme, a été particulièrement bien étudiée par Küss dans sa thèse (Paris, 1909).

En général, et non seulement pour les affections d'ordre gynécologique, une inflammation donne par un processus de guérison spontané, production de tissus fibreux. Les zones enflammées et infiltrées de pus se transforment peu à peu en zones cicatricielles.

Si nous nous plaçons au point de vue des affections gynécologiques et particulièrement des inflammations et suppurations utéro-annexielles, l'évolution se fait de la même façon. En général ce processus n'entraîne pas de conséquences graves. Mais si nous nous trouvons en présence d'un tissu fibreux anormalement dur et rétractile (soit par constitution, soit par suite d'inflammations ou de traumatismes antérieurs), ce dernier entraînera une gêne pour les organes avoisinants : urètre, rectum, vaisseaux, etc... Il s'agit ici du rectum qui subira de ce fait une modification de son calibre, allant de la diminution minime à l'occlusion parfois complète.

Ce processus explique pourquoi ce sont plutôt les infections traînantes et les suppurations interminables lésant plus profondément les tissus, qui entraînent des phénomènes cicatriciels, alors que les affections aiguës rapidement conjurées voient le retour ad intégrum presque complet de la région atteinte.

Ces préliminaires étant donnés, envisageons les étapes successives qui amènent de l'inflammation gynécologique au rétré-

cissement du rectum. C'est en trois phases que le phénomène se produit : inflammation périrectale, processus de cicatrisation, sclérose.

Inflammation périrectale.

C'est la périrectite. Il y a propagation du processus inflammatoire (annexiel par exemple) par voie lymphatique ou veineuse ou même péritonéale à la gaine rectale. Cette propagation peut se faire aussi par contiguïté, ainsi dans les gros fibro-myomes utérins ou dans les rétroversions utérines.

Cette inflammation ne se produit pas de façon aiguë (ou très rarement) en une fois, mais bien par poussées successives, coupées de périodes de rémission. Cette phase peut durer des mois et même des années.

Cicatrisation.

A la longue, l'inflammation tend vers la guérison spontanée, amenée par auto défense de l'organisme. Les fibres élastiques sont très rares dans le tissu cicatriciel ; détruites, elles ne se régénèrent pas. Par contre, le tissu fibro-scléreux prend un développement considérable. Nous nous trouvons peu à peu en présence d'une zone qui a perdu toute souplesse et toute élasticité et est par contre devenue rétractile, indurée et fibreuse.

Sclérose.

Que donne ce tissu entièrement sclérosé autour de la gaine rectale ? Il entraîne un enserrement de cet organe, presque toujours marqué sur la paroi antérieure, souvent marqué sur les parois latérales, atteignant parfois tout le pourtour rectal qu'il enserme à la manière d'un étau.

Cette disposition du tissu scléreux engainant soit la partie antérieure, soit les faces antéro-latérales, soit la totalité de la circonférence rectale, explique pourquoi nous aurons à faire, soit à des sténoses qui ne se manifestent par aucun symptôme, soit à des sténoses entraînant des troubles fonctionnels minimes, soit enfin à des sténoses allant à l'occlusion subtotale et même totale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

De ces quelques considérations étiologiques et pathogéniques se déduit facilement l'anatomie pathologique.

Du point de vue macroscopique.

Situation. — Le rétrécissement peut siéger dans la région sus-anale du rectum, au niveau de l'ampoule sur toute sa hauteur, ou à la charnière recto-sigmoïdienne, suivant l'étage de l'affection gynécologique qui lui a donné naissance.

Hauteur. — La hauteur du rétrécissement peut être réduite à un simple point de la paroi rectale ou bien s'étendre sur tout l'organe et même déborder sur le côlon sigmoïde.

Forme. — La forme est variable, elle dépend de l'extension du processus inflammatoire originel. On peut successivement rencontrer des masses lenticulaires disséminées sur la paroi, de simples brides fibreuses, une forme valvulaire, une forme en virole, une forme annulaire circonférencielle plus ou moins étendue en hauteur et enserrant l'organe dans une gangue inextensible.

Degré du rétrécissement. — Il peut être très lâche, amenant peu ou pas de troubles, moyen ou très serré. Dans ce dernier cas il peut y avoir occlusion complète.

Du point de vue microscopique.

Tuniques moyenne et externe. — Ces deux tuniques participent fréquemment au processus infectieux. Aussi les trouverons-nous,

et surtout l'externe, infiltrées de tissu cicatriciel scléreux. Parfois même la rétraction amène une pseudo-suture avec les organes voisins.

Tunique interne. — Par contre, cette tunique est exceptionnellement et même presque jamais lésée et c'est ce qui fait la caractéristique du rétrécissement.

Que déduire de ces considérations ?

Le rectum et surtout sa plus grande partie l'ampoule rectale, étant un canal extrêmement extensible et déformable, il s'ensuit qu'il faut un processus inflammatoire vraiment très important pour amener un rétrécissement marqué de cet organe. Le plus souvent en effet, le rectum s'accommode assez bien de sa sténose localisée et les troubles cliniques ne se marquent que faiblement, même s'ils se manifestent. Ce n'est que dans le cas de sclérose vraiment étendue, soit en hauteur, soit en profondeur, soit les deux à la fois, que des troubles de sa fonction se manifestent. C'est le plus souvent la paroi antérieure qui est atteinte, mais alors les parois latérales et postérieure suppléent bien des fois à son déficit. On peut dire que souvent, si anatomiquement l'espace périrectal est sclérosé, cliniquement cette sclérose ne provoque des signes de sténose que si le processus cicatriciel atteint à la fois les parois antérieure et latérales et à plus forte raison en même temps la paroi postérieure. Ce n'est qu'à ce stade que le rectum sera transformé en un canal rigide sur tout ou partie de sa hauteur capable de se manifester par des signes cliniques évidents. D'autre part, la tunique interne et parfois même la tunique moyenne étant intactes l'opérateur verra, lors de l'intervention, pendant la libération des adhérences, le rectum reprendre progressivement, sous ses yeux, son calibre normal.

Ceci explique la classification de ces rétrécissements par Küss, qui les divise en trois catégories :

1° Les rétrécissements temporaires, phlegmasiques, **plutôt fonctionnels, qu'anatomiquement établis** et dont les signes radiologiques manquent rarement.

2° Les rétrécissements inflammatoires, tumoraux, réversibles, le plus souvent rencontrés.

3° Les rétrécissements tumoraux, scléreux, fibreux, ligneux, cicatriciels, constitués, paraissant irréversibles mais dont on ne peut affirmer l'irréversibilité définitive et absolue.

ÉTUDE CLINIQUE

L'étude clinique des rétrécissements du rectum se révèle intéressante à plusieurs points de vue. Nous ne pouvons mieux faire que de l'illustrer par deux observations obligeamment communiquées par notre Maître, M. le Professeur AIMES.

OBSERVATIONS CLINIQUES

OBSERVATION I. — P. Mireille, 39 ans. Entrée à la Clinique gynécologique le 23 avril 1945.

Diagnostic à l'entrée : Tumeur recto-vaginale.

Antécédents personnels : Colique hépatique.

Antécédents génitaux : Réglée à 12 ans, régulièrement : 4 à 5 jours ; 7 enfants ; grossesses et accouchements normaux.

Histoire de la maladie. — Il y a trois semaines, douleur brutale dans l'épigastre, s'irradiant dans l'hypogastre et vers les régions scapulaires ; ces douleurs durent deux heures environ et obligent la malade à s'aliter. Les jours suivants les douleurs persistent, sourdes et continues. Des vomissements alimentaires et aqueux apparaissent puis une légère fièvre le soir. Tous ces phénomènes rétrocedent en quatre ou cinq jours. Pendant ce temps la malade reste couchée, ce qui entraîne (d'après elle), une constipation contre laquelle on lutte avec des lavements qui produisent chaque jour un effet moins évident que la veille. Dans les selles émises on note des glaires, un peu de sang. Pas de troubles urinaires. Les troubles gastriques disparaissent de telle sorte qu'à l'entrée dans le service on se trouve en

présence du tableau suivant : Etat de subocclusion très basse avec émission difficile des gaz. Les lavements ne ramènent que quelques glaires. Température oscillant entre 38° et 38°5 le soir.

EXAMEN. — Malade en bon état général, manifestant de l'inquiétude.

Abdomen tendu, météorisé, indolore. Dans la fosse iliaque gauche, on perçoit très bas, une résistance un peu sensible. Le foie est de volume normal, la vésicule impalpable et indolore, la rate non percutable.

Toucher vaginal. — Le doigt est arrêté à trois ou quatre centimètres du vestibule par une masse arrondie, dure et lisse, indolore, siégeant sur la paroi postérieure et gauche du vagin, sous la muqueuse. Au-dessus, on perçoit le col utérin, dévié à droite, sans particularités.

Toucher rectal. — La paroi antérieure du rectum présente une tumeur allongée de cinq à huit centimètres environ de l'anus. Cette tumeur est lisse, dure, régulière et un peu douloureuse. Elle remonte plus haut que la tumeur perçue à la palpation vaginale et tend à prendre une forme en virole en s'étendant sur les côtés. Il semble qu'entre la tumeur et le doigt on perçoive un tapis formé de muqueuse œdématiée.

Examen général. — Cœur et poumons normaux, T.A. = 12/7.

25-IV-45. — Vernes résorcine : 74.

Formule sanguine : forte hyperleucocytose à 22.800.

B.W. : négatif.

Rectoscopie et biopsie (Pr. BAUMEL).

28-IV-45. — Devant un syndrome d'occlusion :

Injection I.V. de 20 cc. de sérum salé hypertonique.

Injection sous-cutanée de 500 cc. de sérum salé isotonique.

Injection sous-cutanée de 2 ampoules de péristaltine.

Résultat : une selle spontanée.

30-IV-45. — Laparotomie exploratrice (Professeur AIMES) sous rachianesthésie. Laparotomie médiane sous ombilicale. A l'ouverture du péritoine on note un peu de sérosité, les anses

intestinales sont coudées et accolées par des adhérences vasculaires au fond utérin et au péritoine pariétal. On libère quelques-unes de ces adhérences et on peut alors apprécier la tuméfaction rectale qui remonte au-dessus de la charnière rectosigmoïdienne. Un œdème lâche recouvre la tumeur et ne permet pas d'apprécier l'importance réciproque de la tumeur proprement dite et de la zone inflammatoire qui l'entoure. Le danger d'hémorragie ne permet pas de libérer le sigmoïde et le rectum pour descendre dans le Douglas. On décide d'extérioriser une anse du côlon descendant dans le flanc gauche à travers une boutonnière. Surjet péritonéal. Catgut 3 sur le muscle. Crins sur la peau.

3-v-45. — Dans l'anse extériorisée on place une sonde de Pezzer pour cystostomie.

5-v-45. — Section au thermocautère de l'anse extériorisée.

11-v-45. — Ablation des points.

17-v-45. — La malade sort du service.

6-v-47 (Suite d'observation). — La malade revient dans le service pour examen en vue de la suppression de l'anus artificiel. Bon état général. Aucun traitement n'a été mis en œuvre depuis le premier séjour.

Lavement baryté ; le liquide opaque atteint rapidement l'anus artificiel. On ne voit pas d'image de rétrécissement au niveau du segment examiné.

8-v-47. — La malade refuse pour le moment l'intervention et sort du service.

OBSERVATION II. — C. Jeanne, 36 ans.

Entre dans la Clinique gynécologique le 18-IX-46, pour métrorragie et douleurs abdominales.

Antécédents personnels. — Réglée à 12 ans, règles régulières, peu abondantes, indolores. 1942 : un accouchement avec forceps (enfant vivant).

Histoire de la maladie. — Dernières règles le 19-VIII-46. Hémorragies du 7 au 18-IX-46, avec douleurs abdominales généralisées. Bon appétit, bonne digestion. Constipation opiniâtre.

Depuis une semaine, émission par l'anus pendant plusieurs heures de sang rouge mêlé à des glaires. Pollakiurie nocturne, sans dysurie.

Examen. — Ventre souple, respirant bien, vergetures.

A la palpation, au-dessus de la symphyse, masse déviée vers la droite, immobile.

Rectocèle visible à la région vulvaire.

Toucher vaginal. Col regardant en arrière, fendu transversalement, consistance normale. Douglas bloqué par une masse très dure. Corps utérin entièrement immobile. Cul-de-sac gauche bloqué par une masse très dure. Cul-de-sac droit : masse également très dure remontant à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Toucher rectal. Masse bombant dans le rectum et de consistance néoplasique.

Rectoscopie (Docteur C. GROS).

Tumeur de la charnière recto-sigmoïdienne occupant presque toute la lumière rectale et empêchant la progression du rectoscope. Muqueuse saine.

Examens de laboratoire. — B.W. : négatif. Urée du sérum : 0,22. Urines normales.

18-X-46. — Après 1.950.000 U.O. de pénicilline, les règles et la fièvre ont disparu.

Abdomen souple, non douloureux. On perçoit dans la fosse iliaque droite, le cæcum augmenté de volume et mou.

Toucher vaginal. — L'utérus remonte à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse, légèrement dévié vers la droite, allongé et dur, mobile et indolore. Culs-de-sac latéraux souples et libres. Le Douglas reste occupé par une masse dure et irrégulière qui le bloque.

Toucher rectal. — A bout de doigt, sur la face antérieure et les faces latérales, tumeur dure, irrégulière, bosselée, formée de nodules arrondis, sur laquelle la muqueuse semble glisser dans sa partie inférieure.

21-X-46. — Intradermo-réaction de Frei : négative.

Lavement baryté : zone rétrécie au-dessus de l'ampoule rectale sur 5 cm. environ, à contours irréguliers.

Diagnostic : sténose du rectum par salpingite bi-latérale.

Traitement préopératoire : 4.000.000 U.O. de pénicilline.

6-XI-46. — *Intervention* (Professeur AIMES) : Hystérectomie subtotale sous rachianesthésie.

Laparatomie médiane sous ombilicale. A l'ouverture de l'abdomen, pelvis fortement congestionné et bloqué par des adhérences de péritonite à kystes gélatineux. On détache facilement les adhérences et on arrive à extérioriser l'utérus et les annexes. Utérus augmenté de volume (petite orange). La trompe droite présente une salpingite congestive. L'ovaire, de volume normal, présente plusieurs petits kystes folliculaires banaux. Les annexes gauches forment une tumeur de la grosseur d'une mandarine dans laquelle il est impossible d'isoler trompes et ovaires. Cette tumeur était accolée à la face antérieure du rectum en arrière et à gauche de l'utérus. Hystérectomie classique banale de droite à gauche. Fermeture du col en petit surjet au catgut. Péritonisation soigneuse. Appendicectomie (appendice long et congestif). Après nettoyage du Douglas on note quelques petites plages dépéritonisées sur le rectum et dans le cul-de-sac de Douglas. Sulfamides dans le Douglas. Fermeture en trois plans. Agrafes sur la peau.

Anatomie pathologique (Dr L.-H. GUIBERT).

Corps utérin : Lésions de métrite glandulaire hyperplasée.

Trompe : Les diverses couches de la paroi tubaire et du méso sont très largement infiltrées d'éléments inflammatoires divers, mais sans aucun caractère spécifique.

Appendice : Hypertrophie des follicules clos, sans autre particularité histologique.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

Que déduire de ces deux observations ?

Antécédents. — Du point de vue antécédents, ainsi que nous l'a appris l'étiologie, nous relevons une des principales affections gynécologiques qui entraînent un rétrécissement du rectum : l'inflammation de l'utérus et des annexes vérifiée par l'anatomie pathologique (Dr L.-H. GUIBERT : Observation II).

Nous notons aussi comme étant une cause prédisposante pour certains auteurs, la puerpéralité : 7 grossesses (Observation I).

Signes fonctionnels. — Dans les deux observations, le phénomène le plus frappant est une constipation de plus en plus opiniâtre qui ouvre la scène. A noter que dans un cas (Obs. I), on observe même des vomissements. Ce détail a une importance, nous le verrons surtout par la suite, au point de vue du diagnostic différentiel : les deux malades ont émis du sang rouge par l'anus, accompagné de glaires. Autre signe important révélé dans un cas (Obs. I), émission difficile des gaz.

Des troubles intéressant tout le système digestif se manifestent ; surtout à type de douleurs épigastriques ou généralisées à tout l'abdomen. Nous devons aussi signaler qu'une des malades a présenté des troubles génitaux sous forme de métrorragies et des troubles urinaires à type de pollakiurie.

Nous nous trouvons donc devant les signes fonctionnels suivants :

Une constipation et c'est le signe capital ; constipation qui devient peu à peu progressive et résistante à la thérapeutique, jusqu'à être nulle. EDWARDS relate l'observation d'une femme qui n'avait 81 jours durant émis aucune selle.

A cette constipation, FIOLE et Küss ajoutent un deuxième signe : la *diarrhée*, qui alterne avec elle. Cette dernière serait rarement un signe de début. Elle ne traduirait simplement que l'irritation de l'intestin due à la rétention des matières.

Les vomissements. Ces derniers ne seraient que la conséquence

de l'arrêt des matières ou bien l'effet de l'irritation du tube digestif. Ils s'accompagnent d'ailleurs de :

Douleurs. Elles sont soit localisées à l'épigastre, soit généralisées à tout l'abdomen, à type de coliques et s'irradient un peu partout d'après Küss : vers les lombes, le triangle de Scarpa, la région fessière. Dans l'observation I, l'irradiation était hypogastrique et scapulaire.

A côté de ces douleurs abdominales, les auteurs, FIOLE en particulier, signalent des épreintes et du ténésme, des besoins impérieux, non observés dans les deux cas précédents.

Les selles. Elles sont émises difficilement et sont glaireuses, fait très important. De plus il y a émission de sang rouge. Cette constatation est notée par les auteurs comme étant due seulement à la présence d'hémorroïdes rompues par les efforts de défécation et ne se présenterait que dans ce cas. Remarquons ici dans les deux cas l'émission sanguine sans signes de la présence d'hémorroïdes.

La déformation des selles n'a pas été non plus évidente, mais on peut concevoir leur moulage suivant le degré de sténose. Les formes « rubannées » et « passées à la filière », sont classiques dans tous les cas de rétrécissement du rectum.

A côté de ces signes principaux, notons comme *signes accessoires* :

des troubles urinaires : pollakiurie ;

des troubles génitaux : métrorragies, dysménorrhée.

Signes généraux. — Dans les deux cas cliniques mentionnés, un seul est évident :

La température subfébrile. L'hyperthermie serait peu fréquente pour Küss. Cet auteur mentionne en outre :

De l'asthénie physique et parfois intellectuelle.

Des troubles gastro-intestinaux, de la dyspepsie, du subictère.

Des céphalées.

De l'amaigrissement de plus en plus accusé et de la *cachexie* en fin d'évolution.

On peut dire des signes généraux qu'ils sont inconstants et

peu marqués, retenons cependant l'état subfébrile et l'amaigrissement.

Signes physiques. — Ce sont les plus importants. Ils imposent et signent le diagnostic. Envisageons-les successivement :

L'examen de l'abdomen ne révèle que peu de chose ; quelquefois un ballonnement (Observation I).

La palpation est plus intéressante. Elle montre fréquemment l'existence de masses dures, parfois sensibles, situées soit dans les fosses iliaques, le plus souvent un peu plus bas (Obs. I), soit rétrosymphysaires ou même dépassant la symphyse (Obs. II).

La percussion est normale, sauf dans les cas de distension intestinale par les gaz qui ne peuvent être expulsés du fait de l'occlusion. On a alors du météorisme, ce dernier généralisé.

Ce sont le toucher vaginal et le toucher rectal qui vont retenir notre attention.

Toucher vaginal. Le col utérin est pratiquement toujours normal, parfois dévié (Obs. I).

Le corps utérin parfois induré est souvent mobilisable.

Le cul-de-sac de Douglas et souvent les culs-de-sac droit et gauche (Obs. II) sont occupés par une masse dure, résistante, s'étendant parfois très loin (Obs. II). Les parois vaginales elles-mêmes révèlent parfois une tumeur surtout sur la face postérieure. A noter l'intégrité de la muqueuse qui glisse sur cette masse (Obs. I).

Le toucher vaginal révèle donc déjà la présence de masses en général postérieures bloquant les culs-de-sac latéraux et le Douglas, souvent indolores et l'intégrité du col utérin.

Toucher rectal. C'est ce dernier qui est capital. C'est lui qui va compléter l'examen et apporter la note étiologique et le diagnostic.

Le doigt qui pénètre est arrêté, soit immédiatement, soit à plusieurs centimètres de l'anus (Obs. I et II), par une masse située sur la paroi antérieure du rectum. Cette masse est en général lisse, dure, variable dans sa régularité et souvent peu douloureuse. Fait capital, la muqueuse est intacte et n'est pas

adhérente. Elle est parfois œdématiée, jamais ulcérée. Elle glisse sur la tumeur, d'où son indépendance d'avec cette dernière. Le doigt ne ramène pas de sang, parfois quelques glaires, ce fait est capital. On peut déterminer par le toucher rectal la forme de la tumeur : nodules disséminés sur la paroi antérieure (Obs. II), forme en virole (Obs. I), etc...

A noter que dans une des observations (N^o II) ces signes n'ont pu être vraiment appréciés qu'après rétrocession des phénomènes inflammatoires qui occupaient le petit bassin ; rétrocession provoquée par des injections intramusculaires de pénicilline à hautes doses.

Du toucher rectal on conclut à une masse de volume et d'étendue variables, occupant surtout la paroi antérieure du rectum, masse de forme variée (allant d'un petit nodule à la tumeur importante et encerclante) avec intégrité de la muqueuse, signe essentiel.

L'examen clinique étant terminé, les examens complémentaires ne vont que confirmer le diagnostic.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES.

Laboratoire. Peu de signes au point de vue urinaire et sanguin. Forte hyperleucocytose et Vernes-résorcine augmenté traduisant un état infectieux en évolution.

Rectoscopie. Elle montre la présence d'une tumeur intra-rectale empêchant la progression du rectoscope et affirme aussi l'intégrité de la muqueuse (Dr GROS, Obs. II).

Lavement baryté. A son tour il révèle la présence au niveau du rectum d'une zone rétrécie (Obs. II).

Ce dernier est surtout utile dans le cas de tumeur de la charnière rectosigmoïdienne et même plus haut placée, suppléant ainsi à l'insuffisance de longueur du doigt, qui ne peut aller explorer si profondément.

CONCLUSIONS DE L'EXAMEN CLINIQUE.

Du point de vue fonctionnel les rétrécissements du rectum d'origine génitale se manifestent avant tout par la constipation de plus en plus opiniâtre.

Du point de vue physique, c'est le toucher rectal qui fait le diagnostic. Il révèle une masse rétrécissant le calibre du rectum, sur laquelle la muqueuse glisse, est mobile et a gardé son intégrité. La même masse est sentie lorsqu'on pratique le toucher vaginal.

ÉVOLUTION — COMPLICATIONS — PRONOSTIC.

Livrés à eux-mêmes, comment évoluent ces rétrécissements, et quelles complications sont-ils susceptibles de faire naître ? C'est ce que nous allons maintenant envisager.

Evolution. — Elle se fait en général, progressivement vers l'occlusion intestinale. Mais il est des cas où le symptôme ne se manifeste que par de la constipation et peut se prolonger ainsi pendant des années sans amener d'autres troubles.

Il va sans dire, que si les lésions inflammatoires arrivent à se résorber complètement, ou si une exérèse chirurgicale intervient, tous les symptômes précédemment observés rétrocedent.

Hormis ces deux cas, l'évolution est commune à toutes celles des rétrécissements du rectum. A noter que quelquefois des accidents graves peuvent être le résultat d'une évolution subaiguë.

La constipation va s'exagérant de plus en plus, les gaz sont émis peu à peu avec plus de difficulté, il y a des coliques et des vomissements fréquents. On note un météorisme abdominal important.

L'occlusion intestinale n'est que l'aboutissement des symptômes précédents encore plus accusés. On observe des troubles gastro-intestinaux graves, les vomissements deviennent fécaloïdes, le ventre est douloureux. L'état général est à ce moment profondément atteint.

La cachexie à laquelle vient s'ajouter parfois la tuberculose pulmonaire, est l'étape terminale de cette évolution.

Complications. — Elles se déduisent de l'évolution. Successivement on pourra rencontrer aux divers stades :

1^o Des phénomènes d'*obstruction chronique* entrecoupés de débâcles diarrhéiques intermittentes.

2^o Une *occlusion aiguë*, avec l'urgence opératoire qu'elle comporte.

3^o La *tuberculose pulmonaire* entraînée par l'état général déficient.

4^o La *cachexie* enfin, au stade ultime de l'évolution du syndrome, suivie d'issue fatale à bref délai.

Formes cliniques. — 1^o Suivant l'évolution nous avons à faire à des formes subaiguës ou à des formes chroniques.

2^o Nous pouvons avoir des formes cancéreuses (Küss). Le cancer est, ici, souvent mis en ligne de compte, vu l'âge de la malade, l'état général souvent altéré, les signes fonctionnels et physiques.

3^o Les formes associées sont nombreuses et nous ne mentionnerons que les rétrécissements inflammatoires du rectum dus au tréponème de Schaudinn ou à la maladie de Nicolas Favre, les entérocolites, le cancer du rectum, et la péritonite tuberculeuse ; cette dernière pouvant être aussi une complication du syndrome.

Pronostic. — Comme on peut le voir après ce rapide aperçu clinique, les rétrécissements du rectum d'origine génitale ont un pronostic variable. Comme dans la plupart des affections, on peut dire qu'il sera d'autant meilleur que le syndrome aura été diagnostiqué plus tôt.

Un diagnostic précoce reconnaissant la vraie cause de ces rétrécissements, est assuré d'un pronostic en général favorable.

Mais il en est ici comme dans les affections cancéreuses. Quand les premiers symptômes alarmants commencent à se manifester (c'est souvent à ce moment que viennent consulter les malades, à moins que le diagnostic ne soit la conséquence d'un examen systématique à l'occasion de tout autre affection),

les lésions sont déjà bien avancées. Nous avons vu en effet, qu'étant donnés la souplesse et le volume de la cavité de l'ampoule rectale, il fallait une tumeur vraiment importante pour que des troubles alarmants se manifestent.

On peut toutefois dire avec Küss qu'au moment où le diagnostic est porté, même tardivement, le pronostic va dépendre du degré et de la forme de la sténose, de l'état des lésions qui lui ont donné naissance et de l'âge de ces mêmes lésions. Plus ces lésions seront anciennes, plus elles auront eu tendance à s'organiser en « fibroses » et plus la cure radicale en deviendra difficile.

Il va sans dire qu'au moment où l'état général commence à être gravement altéré, le pronostic de ces lésions est vraiment défavorable.

Que penser de tout cela ? Que le pronostic est grave. Mais l'examen clinique à lui tout seul ne peut nous renseigner qu'incomplètement à ce sujet. On jugera surtout du pronostic lors de la laparatomie exploratrice, alors que les lésions seront étalées sous les yeux. Et c'est suivant comment le rectum se laissera cliver de la gaine fibreuse qui l'enserme qu'on pourra juger si le pronostic est bon ou franchement mauvais. Nous le verrons d'ailleurs en étudiant la thérapeutique.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Bien que les rétrécissements du rectum d'origine génitale aient une individualité propre, il ne découle pas des constatations cliniques que le diagnostic soit évident au premier examen.

Nous avons déjà vu que l'atteinte de l'état général, les troubles digestifs, la constipation, l'émission de sang par l'anús, pouvaient souvent faire errer le diagnostic vers le cancer. De plus les formes associées sont là aussi qui ne sont pas pour rendre le diagnostic aisé.

Quoiqu'il en soit, des affections à symptomatologie analogue peuvent se réduire à :

le *cancer rectal* à signes souvent bien voisins, affection qui donne lieu à confusion, mais ici le toucher rectal et la rectoscopie montrent une muqueuse ulcérée et souvent absente, dévorée par le processus ;

le *cancer de l'utérus*, mais les hémorragies génitales sont abondantes et à moins de métastases ou complications, le rectum est intact ;

le *cancer gastrique* donne lieu aux mêmes signes fonctionnels, il y a parfois en plus présence des tumeurs ovariennes de Krükenberg, mais il s'y ajoute souvent des hématémèses et la présence d'une tumeur épigastrique perceptible à la palpation.

Dans les *rétrécissements exogènes* du rectum, la lésion est en général plus bas située, déborde souvent sur la région péri-anale ; de plus il y a des ulcérations et fréquemment les organes génitaux ne sont le siège d'aucune lésion.

Les *diverses rectites* donnent lieu aux mêmes considérations.

Une autre erreur est le rétrécissement engendré par le même processus par une inflammation extragénitale ; ne citons comme exemple entre autres, que l'appendicite pelvienne passée à la chronicité et antérieurement méconnue.

En résumé, une seule cause d'erreur : le cancer du rectum. Le toucher rectal et la rectoscopie se révèlent dans ce cas d'une grande utilité pour orienter le diagnostic.

THÉRAPEUTIQUE

L'étiologie et la symptomatologie étant connues et les causes d'erreur ayant été évitées, que faut-il faire pour lutter contre ces rétrécissements ?

Disons tout de suite que le traitement est avant tout chirurgical, et qu'il permet parfois d'assister à de véritables résurrections. Il faut toutefois dire un mot du traitement prophylactique et du traitement médical. Ces derniers tendent d'ailleurs à prendre une place de plus en plus grande du fait du diagnostic porté plus précocément et de l'efficacité des thérapeutiques nouvelles.

PROPHYLAXIE,

Elle a pour but d'empêcher qu'une affection gynécologique aiguë quelle qu'elle soit, passe à la chronicité.

De là, la nécessité d'un diagnostic précoce et d'un traitement immédiat intensif. La tâche de cette prophylaxie est grandement facilitée par l'emploi en thérapeutique des sulfamides, de la pénicilline et de nouveaux médicaments dont les premiers essais permettent tous les espoirs : streptomycine, tyrothricine, etc...

TRAITEMENT MÉDICAL.

1^o *Médicamenteux*. La fibrolysine d'après J. et P. FIOLE donnerait quelques bons résultats.

Nous avons vu (Obs. II) que la pénicillothérapie à hautes doses était capable de faire régresser en partie la masse tumorale, surtout s'il s'agit d'un foyer encore en évolution.

Le Professeur CADERAS DE KERLEAU préconise le tampon-

nement intra-utérin de bouillon-vaccin dans les infections du post-partum et du post-abortion.

Il a été aussi pratiqué des injections endo-cervicales de pénicilline dans les cervicites gonococciques de la grossesse et dans les endométrites gonococciques du post-partum (Pr. AIMES, Dr SÉGUI).

Les injections chaudes et prolongées tant vaginales que rectales et la clasto-thérapie (propidon) ne sont pas à négliger.

2° *Physiothérapie.* La diathermie et la radiothérapie se sont révélées des traitements souvent curateurs, presque toujours des adjuvants utiles.

3° *Crénothérapie.* Les malades retirent parfois un grand profit d'une cure thermale à Salies-de-Béarn, St-Sauveur, Balaruc, Luxeuil, pour la France (J. et P. FIOLE), Hamman-Bou-Hadjar, et Hamman-Rhiga pour l'Algérie.

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

C'est le traitement chirurgical qui en fin de compte et dans bien des cas aura le dernier mot. Quels sont les moyens chirurgicaux dont nous disposons ? Disons tout de suite qu'ils ont tous pour but de rétablir la perméabilité rectale, que ce soit par voie abdominale ou par voie basse.

Tout d'abord la *dilatation progressive* avec massage après hystérectomie qui donnerait d'après J. et P. FIOLE de bons résultats.

La *section vaginale des brides* est, d'après ces auteurs, aussi efficace, mais doit être effectuée avec précautions, car il faut penser aux conséquences de fistules rectovaginales ultérieures.

La plupart des auteurs sont d'accord pour donner à l'*hystérectomie* de grands avantages. Cette hystérectomie peut revêtir plusieurs degrés suivant le territoire qui est la cause du rétrécissement. Elle sera quelquefois totale, fréquemment subtotale (Obs. II). Il faut éviter les interventions radicales chez les

femmes jeunes et essayer de se contenter bien plus souvent d'une annexectomie unilatérale. Parfois du fait des adhérences, la décortication sera difficile, l'intestin étant « fixé, étranglé comme dans une coulée de ciment » (MOULONGUET). Pour éviter de nouvelles adhérences il est bon de compléter l'opération par l'interposition d'une lame de catgut ou d'une membrane amniotique et de faire suivre l'intervention de séances de diathermie et d'injections d'éther benzyl-cinnamique (solution du Dr Jacobson).

La libération postérieure du rectum sera parfois le seul moyen palliatif pour donner au canal rectal un peu plus de perméabilité. Elle suffira dans quelques cas à provoquer la disparition des accidents.

Enfin, du fait des adhérences trop nombreuses et du blocage complet du petit bassin, l'*anus contre nature* ne sera que le seul moyen possible pour assurer aux matières un transit sans obstacles. Le cours normal des matières peut d'ailleurs parfois, être ultérieurement rétabli sans inconvénient (Obs. I).

Que dire de ces méthodes chirurgicales ?

Elles ont toutes pour but de libérer le rectum de la gangue inextensible qui l'entoure. Il est fréquent de voir, à mesure que l'opération se poursuit, le rectum reprendre peu à peu son calibre normal et recouvrer sa perméabilité. Les résultats sont parfois vraiment spectaculaires.

Après ces interventions un bon état général se constate fréquemment, contrastant avec la cachexie préopératoire observée dans certains cas.

INDICATIONS DE CES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS.

1° En présence d'un rétrécissement du rectum d'origine gynécologique diagnostiqué de bonne heure, se manifestant par des signes fonctionnels minimes (constipation peu accusée, dyspepsie légère), le traitement médicamenteux associé à la crénothérapie suffit bien souvent à assurer la guérison.

2° Si nous nous trouvons en présence de troubles fonctionnels accusés, c'est à l'intervention la moins mutilatrice possible surtout chez les femmes jeunes suivie de libération rectale que nous nous adresserons. C'est le cas le plus souvent rencontré. Ses résultats sont excellents (Obs. II).

3° En présence d'un syndrome d'occlusion aiguë, il va sans dire que c'est à l'anus iliaque que nous aurons recours, sans porter pour cela un pronostic péjoratif. En effet, la perméabilité rectale peut être ultérieurement rétablie, entraînant de ce fait la possibilité de la suppression de l'anus artificiel dont les inconvénients ne sont pas à négliger (Obs. I).

CONCLUSIONS

Que conclure de ce bref exposé sur les rétrécissements du rectum d'origine gynécologique, agrémenté de deux observations cliniques ?

1^o Du point de vue étiologique.

Un tel symptôme est la conséquence d'une inflammation surtout utéro-annexielle lorsque l'affection est passée à la chronicité et relève parfois d'affections subaiguës.

2^o Du point de vue clinique.

C'est surtout le toucher rectal qui fait le diagnostic. Il montre la présence d'une tumeur, mais fait capital, sur cette tumeur la muqueuse digestive glisse et a conservé son intégrité.

3^o Du point de vue thérapeutique.

Le traitement médical fait merveille, l'affection étant prise au début de son évolution. Ensuite la décortication pure et simple de la gaine fibreuse qui entoure le rectum suffit pour ramener le retour ad integrum des fonctions de cet organe.

BIBLIOGRAPHIE

- FERRARI et AUBAGNAC. — Rétrécissements péirectaux d'origine utéro-annexielle. (*R. de Chirurgie*, 1938, p. 659).
- FIOLLE (J.) et FIOLE (P.). — Les fibroses péri-méto-rectales. (*J. de Chirurgie*, t. XII, p. 575.)
- HECKENBACH. — Rétrécissements de l'urètre dans les affections gynécologiques. (*J. de Chirurgie*, t. XXXVIII, p. 756.)
- JOACHIMOWITZ. — Rétrécissements du rectum au cours des affections gynécologiques. (*J. de Chirurgie*, t. XXXI, p. 891.)
- Rectumstrickturen bei gynäkologischen Erkrankungen. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. CCVIII, p. 263.)
- JOYEUX (R.). — Un cas de fibrose péri-méto-rectale. (*Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 2 février 1945.)
- Küss. — Thèse de Paris, 1909.
- Rétrécissements péricôliques pelviens. (*Traité de Pathologie chirurgicale*.)
- Rétrécissements péricôliques pelviens (péirectosigmoïdiens) chez la femme. (*Ac. de Chirurgie*, 1946, t. LXXII.)
- SÉRAFINO, COMITI et PIERRE (Marseille). — Remarques à propos d'un cas de rétrécissement péricôlique pelvien. (*Gaz. des Hôpitaux*, 20 septembre 1947, p. 541.)

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Historique	11
Définition	13
Etiologie	15
Pathogénie	19
Anatomie pathologique	21
Etude clinique	25
Diagnostic différentiel	37
Thérapeutique	39
Conclusions	43
Bibliographie	45

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je reste fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la Thèse ayant pour
titre :

*Les rétrécissements du rectum d'o-
rigine gynécologique.*

par Pierre VILLA

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 25 Nov. 1947.

Le Président de la thèse :

AIMES.

Vu :

Montpellier, le 26 Nov. 1947

le Doyen :

G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Montpellier, le 26 Nov. 1947.

le Recteur :

GUILLON.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

